

Председателю диссертационного совета по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 21.2.070.02, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору Долгалеву А.А.

от **Фамилия, Имя, Отчество**

паспорт

серия

номер

заявление.

Прошу принять к рассмотрению и защите мою диссертацию на тему **«Название диссертации»** на соискание ученой степени **кандидата / доктора** медицинских наук по научной специальности **3.1.7. Стоматология**.

Защита работы проводится **впервые / повторно**.

Согласен на включение моих персональных данных в аттестационное дело и их дальнейшую обработку. Подтверждаю, что все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и, кроме специально оговоренных случаев, получены мной лично.

Фамилия, Имя, Отчество

Подпись

Дата